

PROJECT, DESIGN AND MANAGEMENT

ISSN:2683-1597



Cómo citar este artículo:

Ferreira Lemus, V. M. (2019). Programa de intervención socioeducativo para lograr un estilo de vida saludable. *Project, Design and Management*, 1(1), 21-20. doi: 10.35992/mlspdm.v1i1.161

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVO PARA LOGRAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Víctor Manuel Ferreira Lemus

Fundación Internacional Iberoamericana (México)

Resumen. El objetivo de este trabajo fue diseñar y aplicar un programa de intervención socioeducativo para un grupo de profesores jubilados mayores de cincuenta años en Papantla, Veracruz, México; con el propósito de enseñarles, una vez a la semana durante ocho meses, un estilo de vida saludable y aprendieran a realizar un envejecimiento sano. Se desarrolló la investigación siguiendo un diseño cuasi experimental, longitudinal y de tendencia; para obtener la muestra se utilizó la técnica de muestreo "Teoría Fundamentada" por lo que se autoseleccionaron diez personas de una población de 36; se utilizaron cuatro instrumentos de investigación para analizar las variables de estilo de vida, dieta, sedentarismo/actividad y nivel de estrés. Se constataron los resultados con la aplicación del cuestionario ¿Tienes un Estilo de Vida Fantástico? revelando que, de las diez personas que participaron en el programa de promoción de la salud, nueve practican un estilo de vida excelente, una un buen estilo de vida; y, todos realizan un estilo de vida saludable. De esta forma, se ha demostrado puntualmente que las personas adultas mayores tienen la capacidad de aprender y de realizar un estilo de vida saludable para lograr un envejecimiento adecuado a su edad, al mejorar los hábitos inadecuados de su estilo de vida y así aumentar la longevidad y mejorar su calidad de vida.

Palabras Claves- educación, envejecimiento, estilo de vida, salud, vida saludable.

SOCIOEDUCATIONAL INTERVENTION PROGRAM TO ACHIEVE A HEALTHY LIFESTYLE

Abstract. The objective of this work was to design and apply a socio-educational intervention program for a group of retired teachers over fifty years old in Papantla, Veracruz, Mexico; with the purpose of teaching them, once a week for eight months, a healthy lifestyle and learning to make healthy aging. The research was developed following a quasi-experimental, longitudinal and trend design; to obtain the sample, the sampling technique "Grounded Theory" was used, so that ten people from a population of 36 were self-selected; four research instruments were used to analyze the variables of lifestyle, diet, sedentary lifestyle/activity and level of stress. The results were verified with the application of the questionnaire Do you have a fantastic lifestyle? revealing that of the ten people who participated in the

health promotion program, nine practice an excellent lifestyle, one a good lifestyle; and, all perform a healthy lifestyle. In this way, it has been shown punctually that older adults have the ability to learn and to carry out a healthy lifestyle to achieve age-appropriate aging, by improving the inadequate habits of their lifestyle and thus increase longevity and improve their quality of life.

Key words: education, aging, lifestyle, health, healthy life.

Introducción

La razón principal para realizar este estudio fue porque se ha observado que algunas personas mayores de 50 años manifiestan enfermedades no transmisibles con menoscabo en su calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) en su informe anual de 2010, afirma que el porcentaje de las enfermedades no transmisibles pueden prevenirse reduciendo los cuatro factores de riesgo comportamentales que son el tabaquismo, el alcoholismo, el sedentarismo y las dietas malsanas. Entre las enfermedades no transmisibles se encuentran las enfermedades crónicas degenerativas, como el cáncer, la diabetes, la hipertensión, el hipercolesterolemia, la obesidad, las cardiovasculares y las pulmonares. Por lo que, los síndromes conocidos como enfermedades crónicas degenerativas, aquellas que son de lenta progresión, de larga duración, que rara vez logran una curación total y que afectan a las personas mayores, pueden prevenirse.

Actualmente, es posible prevenir estas enfermedades con la ayuda de las ciencias de la salud; enseñando a las personas a cómo evitar los cuatro factores de riesgo que se mencionan. Y de acuerdo con lo anterior, ¿cuál podría ser el principal problema a resolver para que las personas puedan conservar la salud a edades avanzadas? Sartre (1996), filósofo existencialista, afirmaba que la consciencia es la responsable de su relación con su persona. Consideraba que la naturaleza del hombre es de una libertad ilimitada y absoluta; decía que el hombre nace libre y está condenado a ser libre; es decir, arrojado a la acción responsable de su vida, sin excusas. Por esta razón el hombre es responsable de sí mismo; por lo que debe hacerse cargo de manera consciente de sus actos para conservar la salud y la vida; y, su responsabilidad sobre sí mismo se extiende hacia una responsabilidad hacia su persona.

Ahora bien, la psicología existencial apunta a un ser en el mundo; opina que, en el devenir de la vida, el hombre enferma por el absurdo del propio vivir, por la falta de razón para hacer uso de su libertad. Por lo que se puede deducir que, en algunos casos, el hombre adquiere las enfermedades crónicas degenerativas porque no sabe vivir en libertad, por no tomar consciencia de su conducta personal para realizar un estilo de vida saludable. Ante esta situación, es posible prevenir las enfermedades no transmisibles si se enseña a las personas a evitar las conductas inadecuadas de los factores de riesgo mencionados, mediante un programa educativo que les enseñe un estilo de vida saludable. Por lo anterior, el objetivo de esta investigación fue diseñar y realizar la aplicación de un programa de intervención con un enfoque socioeducativo, una vez a la semana durante ocho meses, a un grupo de profesores jubilados mayores de 50 años, para que aprendieran a realizar un estilo de vida saludable y así lograr un envejecimiento sano, activo y funcional.

El trabajo se inició haciendo una descripción de lo que se entiende como estilo de vida saludable, se estableció el concepto sobre la estructura psíquica del adulto mayor sano y se hizo un análisis de las principales teorías de cambio y de

comportamiento en salud, para realizar un estilo de vida que les ayude a conservar la salud a edades avanzadas. Para lograrlo, se llevó a cabo un trabajo de campo que se desarrolló en tres momentos metodológicos; en el primer momento, con una duración de cinco meses (del 17 de junio al 22 de noviembre de 2015), se investigó el estilo de vida utilizando tres cuestionarios y una escala, los cuales fueron validados por organismos internacionales; en el segundo momento (del 21 de marzo al 18 de noviembre de 2016), se diseñó y se aplicó el programa de intervención socioeducativo una vez por semana durante ocho meses, con la finalidad de modificar la realidad detectada en el primer momento; y, en el tercer momento (del 23 de marzo al 25 de noviembre de 2017), se aplicaron, por segunda vez, los instrumentos de evaluación para efectuar el análisis de la gestión, proceso que duró un tiempo de ocho meses.

Se utilizó un diseño metodológico cuasi experimental, longitudinal y de tendencia que permitió observar de manera natural el impacto del tratamiento y los procesos de cambio de los sujetos observados, recabando datos en diferentes tiempos para hacer inferencias sobre la evolución del problema de investigación; además, se analizaron los cambios que se presentaron. La investigación que se desarrolló durante estos tres momentos, permitió registrar los resultados que demostraron que sí es posible prevenir las enfermedades crónicas degenerativas en las personas adultas mayores de 50 años, al realizar un estilo de vida saludable. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), define el estilo de vida que conduce a la salud como un conjunto de estilos de vida individuales caracterizados por patrones de comportamiento identificables que pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros. Es decir, el estilo de vida es una forma de realización vital que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características individuales y sociales, así como las condiciones de vida socioeconómica y ambiental. Motivo por lo que, el hombre debe adquirir los conocimientos científicos y las técnicas de la salud que le permitan practicar de manera consciente un estilo de vida saludable de acuerdo a sus características individuales y al entorno social en que vive.

Rubio (2004), define los estilos de vida saludable como una dimensión colectiva y social que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el sociológico y el ideológico. El aspecto material se manifiesta principalmente en la alimentación y el ejercicio físico; en lo social por las relaciones familiares; y, lo ideológico se expresa a través de valores y creencias que determinan comportamientos y conductas que se emiten en forma de respuestas y/o reacciones más o menos estructuradas ante los sucesos de la vida. Igualmente, esta autora señala que los aspectos importantes para mejorar el estilo de vida en relación con la salud, consisten en la mejora del índice de masa corporal y el sobrepeso, practicando ejercicios físicos de activación fisiológica, así como realizar una dieta equilibrada; además, evitar el estrés, el tabaquismo y el alcoholismo. Por lo que el adulto mayor, debería de vigilar de manera permanente la dieta que ingiere, la problemática del sobrepeso, del sedentarismo, el estrés, el tabaquismo y el alcoholismo; mejorar el nivel cultural y diversificar las actividades a las que se dedica en el tiempo libre.

Estos conceptos sirvieron de base para que en este trabajo se investigara el estilo de vida de los participantes con el propósito de diseñar y aplicar un programa educativo para la salud que les permitiera aprender las características principales de una dieta sana, la importancia de la activación fisiológica y del relajamiento neuromuscular; así como el de informarles que se debe de evitar la práctica del tabaquismo y/o del alcoholismo. Con relación a la estructura mental del adulto mayor sano, diferentes teorías tratan de explicar cuál es el proceso por medio del cual una persona adulta

mayor que ha realizado un estilo de vida saludable puede lograr un envejecimiento adecuado a su edad, al integrar una estructura mental funcional para poder manifestar una personalidad sana en el plano físico, emocional, mental y espiritual. Entre estas, se encuentra la de Vega y Bueno (2000), quienes expresan que el problema de la estabilidad, continuidad y el cambio de la personalidad después de la adolescencia se ha estudiado y analizado de forma diferente. Y al hacer un análisis del marco científico de las teorías de cambio de comportamiento en salud, la ciencia enseña que se pueden utilizar dichos conceptos teóricos para la creación, el diseño y la puesta en práctica de un programa educativo para la prevención de la salud, logrando un cambio positivo de comportamientos y de conductas saludables en las personas adultas mayores.

Al respecto, Choque (2005), dice que “no hay una teoría que domine la educación sanitaria y la promoción de la salud; ni debería de haberla”. Esta afirmación, en relación a las teorías de cambio de comportamientos y de conductas en salud, es aceptada en el ámbito de la educación sanitaria porque toma en cuenta las diferencias individuales, las características sociales y el medio ambiente natural. Además, porque los problemas de salud, los comportamientos, las conductas, las poblaciones, las culturas y los contextos de la salud pública son variados y muy amplios. Y entre las teorías psicológicas que se han propuesto para lograr cambios de comportamientos y conductas en el mejoramiento de la salud, están las teorías de la persuasión y los modelos de cambio de la conductual individual. Estas teorías, también llamadas teorías de la conducta, presentan un marco para la comprensión de la conducta humana y sus determinantes; y, han sido la base de estudios desarrollados por varios investigadores para promover cambios en la salud de las personas.

Ahora bien, para realizar la ejecución y la dirección de las acciones de comunicación y educación de las personas que deben cambiar su conducta en salud, existen dos teorías de cambio de comportamiento en salud, las teorías que proponen la intervención a nivel individual y las que actúan a nivel grupal. Para Choque (2005), las teorías de cambio individual parten del punto de vista de que el individuo es la referencia más importante e inmediata para propiciar los cambios de conductas y comportamientos en la población. Esta opinión es aceptada en el ámbito científico porque el nivel individual es el nivel básico para iniciar a desarrollar los cambios de comportamientos y la práctica de los mismos en la promoción de la salud; pero, además, pueden ser parte de teorías más amplias, debido a que, a nivel grupal, las comunidades están integradas por individuos. Motivo por el cual, en esta investigación se aplicaron las teorías de cambio individual y se utilizó la teoría de etapas o estados del cambio que tienen que ver con la disposición de los individuos al cambio o al intento de cambiar hacia conductas saludables.

También, se tomó en cuenta la teoría de creencias en salud que aborda las percepciones que tiene una persona ante la amenaza de un problema de salud y de la evaluación de un comportamiento recomendado para prevenir o resolver un problema percibido. Igualmente, Choque (2005), señala que se ha estructurado un modelo que proporciona un marco conceptual en el que se encuadra la intervención terapéutica de las conductas inadecuadas de salud, haciendo referencia al que, al cómo, al cuándo y al porqué cambia, un individuo, determinada conducta insana. DiClemente y Prochaska (1982) citados por López (2004), explican un Modelo Transteórico de mucha relevancia en el ámbito de las adicciones, como resultado de sus investigaciones para estudiar el fenómeno psicológico del cambio individual e intencional del sujeto. Este modelo ha sido explicado y analizado por medio de las etapas o estadios, los procesos del cambio y los niveles de consciencia manifestados en el cambio. Por lo que, en este trabajo, se

analizaron primero las etapas debido a que representan la dimensión temporal; es decir, es el tiempo en que las personas cambian su comportamiento y/o conducta; por lo que, al momento de ayudar a una persona para que realice un cambio determinado se debe considerar la etapa particular en la que se encuentra en ese momento.

De esta manera, es fundamental saber en qué etapa se encuentra la persona en relación a su problema para lograr el éxito en el cambio de conducta, con el propósito de diseñar un procedimiento específico que pueda apoyar al sujeto en su adaptación al cambio. Las etapas que puede realizar una persona para lograr cambios en su conducta son la pre contemplación, la contemplación, la intención, la acción, el mantenimiento y finalización.

Choque (2005), también establece que la teoría de etapas o estados del cambio tiene como premisa básica el cambio de comportamiento que se manifiesta a través de un proceso para realizar los cambios necesarios. Los procesos de cambio que se presentan con más frecuencia son la concientización, la auto reevaluación individual, la auto liberación, la auto reevaluación del entorno social, la liberación social, el manejo de contingencias eventuales, el contra condicionamiento, el alivio por dramatización, el control de estímulos y las relaciones de ayuda. Por lo que, durante el proceso que se va realizando, hay niveles de cambio de consciencia que se manifiestan en el tratamiento efectuado; los cuales engloban los problemas psicológicos que son susceptibles de cambiar por este medio. Además, Díaz (1983), agrega que los niveles de cambio propuestos por el Modelo Transteórico están organizados en cinco niveles donde se localizan las evaluaciones e intervenciones psicoterapéuticas; y, son: i) los síntomas/situación; ii) las cogniciones des adaptativas; iii) los conflictos actuales interpersonales; iv) los intrapersonales y v) los sistémicos/familiares. Motivo por el cual, se recomienda iniciar el tratamiento por el primer nivel; pero también se puede empezar por el nivel que el sujeto considere es el más importante porque la persona que intenta cambiar sola tiene la tendencia a utilizarlo más; es el que menos resistencia ofrece, es el más accesible a la consciencia del sujeto y puede representar el motivo de la consulta.

Método

La metodología realizada en este trabajo de investigación corresponde a un estudio cuasi experimental, longitudinal y de tendencia. El trabajo se desarrolló en base a sucesos que ocurrieron de forma espontánea, sin la intervención directa del investigador, se hizo la observación de los hechos tal y como se presentan en su contexto natural y se analizaron posteriormente; además, no hubo condiciones, ni estímulos a los cuales se expusieran a los sujetos de estudio. Se documentaron los aspectos de las situaciones que ocurrieron de manera natural en dos momentos determinados; y, a continuación, se hizo la correlación de las variables manifestadas en el estilo de vida en lo general; y, en lo particular, la dieta, el nivel de sedentarismo y el nivel de estrés. Se realizó un estudio longitudinal, porque el propósito de la investigación fue analizar los cambios de las variables establecidas a través del tiempo y las relaciones entre ellas. Actividad que permitió recabar datos en dos momentos en el tiempo; en el primer momento se hizo un diagnóstico y un pronóstico; y, en el segundo se realizaron las inferencias sobre la evolución del problema de investigación, sus causas y sus efectos con el propósito de conocer los resultados de la intervención educativa en salud.

Estas actividades permitieron recolectar los datos, analizar los cambios de las variables a través del tiempo y las relaciones entre ellas; así como el de hacer las inferencias con respecto a los cambios obtenidos, sus determinantes y sus consecuencias. Igualmente, se describieron las correlaciones entre las variables de las conductas manifestadas por los participantes en un momento determinado; actividad enfocada en el estudio de la realidad, tratando de describir, de explicar y de predecir la verdad desde una aproximación a las conductas de los sujetos y a través de su dinámica natural. Fue una investigación longitudinal de tendencia porque se tuvo el propósito de analizar los cambios que presentarían las variables propuestas a través del tiempo, y/o las relaciones entre éstas; con la finalidad de recolectar los datos en periodos específicos y poder hacer las inferencias con respecto al cambio, sus determinantes y/o consecuencias.

Después de los dos momentos principales de la investigación, se hizo la correlación respectiva, tomando en cuenta los resultados obtenidos en la fase de diagnóstico y posteriormente los cambios detectados en la segunda aplicación de los instrumentos de investigación. Siguiendo este procedimiento, se documentaron los aspectos de lo ocurrido y se pudieron conocer y analizar los cambios efectuados en el estilo de vida en lo general; y, en lo particular se pudo conocer y analizar los cambios en el nivel de actividad/sedentarismo y los riesgos de salud por la dieta que realizan y el nivel de estrés psicosocial. Esta modalidad de diseño de investigación cuasi experimental, longitudinal y de tendencia permitió analizar cuál fue el estado de las diversas variables en un momento determinado; y, cuál fue la relación entre el conjunto de variables en un punto en el tiempo. La muestra se integró con personas jubiladas que asisten regularmente a las reuniones mensuales de la Delegación Sindical de maestros jubilados en la Ciudad de Papantla, Veracruz, México.

Las decisiones tomadas para efectuar el muestreo reflejaron las premisas elaboradas por el investigador, lo que constituye una base de datos creíble, confiable y válida para abordar el planteamiento del problema. Por ser personas adultas mayores y en estado ambulatorio se buscó un procedimiento que permitiera integrar una muestra que pudiera modificarse sin alterar la veracidad del estudio porque algunos de los sujetos pudieran retirarse de la investigación; pero que también permitiera aceptar a otras personas que desearan participar. Por ser ésta, una investigación del tipo de estudio de una “Teoría fundamentada” en que se realizan entrevistas y/o se analizan las conductas de personas bajo observación; el tamaño de la muestra se integró con 36 maestros jubilados que voluntariamente participaron, de los cuales, diez terminaron de manera completa el estudio. Se entrevistó y se platicó con varias personas, por lo que se recolectaron y analizaron sucesos que han sido observados en el medio ambiente socioeducativo, se tomaron notas y se integraron las variadas impresiones que se pudieron percibir para definir la muestra tentativa sujeta a la evolución del proceso inductivo propuesto.

Siendo una muestra pequeña, permitió que todos los participantes pudieran practicar permanentemente en cada sesión, la interacción entre ellos y del grupo con el facilitador. Para determinar el tipo de muestra se tomaron en cuenta tres factores. La capacidad operativa para hacer la recolección de los datos y el análisis de los mismos; la posibilidad de entender la complejidad del fenómeno a investigar y para poder comprender la naturaleza del fenómeno que se trataba de analizar. La estrategia investigativa, permitió hacer énfasis en el estilo de vida de los participantes y en donde el investigador adoptó una postura interactiva con ellos; y, con la idea de construir juntos el conocimiento de un estilo de vida saludable, proporcionarles los

conocimientos científicos y realizando juntos las técnicas propuestas. Se aplicó un método longitudinal para observar el comportamiento de dos variables independientes y cuatro variables dependientes; así como la de analizar su incidencia e interrelación en dos momentos determinados.

Las variables que se analizaron fueron las variables independientes de sexo y edad; y, las variables dependientes del estilo de vida, la dieta en la alimentación/nutrición, el sedentarismo/actividad y el nivel de estrés; permitiendo su manifestación de forma natural. La variable estilo de vida permitió conocer por medio de un cuestionario estructurado, los hábitos de vida practicados, elaborar un proyecto de vida personal e identificar el mejoramiento de los hábitos de vida después de la aplicación del programa educativo. La variable de la dieta propuso un comportamiento inducido para que se alimentaran de preferencia con verduras, frutas, granos, semillas y pescado; su objetivo fue aprender a realizar una alimentación conveniente para la tercera edad. La variable actividad/sedentarismo propuso practicar de forma regular una rutina de ejercicios de actividad fisiológica para disminuir el grado de sedentarismo que se ha observado y que se manifiesta en las personas con el aumento de la edad. La variable estrés tuvo el propósito de inducirles a un comportamiento y a la práctica sistemática de una técnica de relajamiento neuromuscular con el propósito de mejorar su capacidad de afrontamiento al estrés familiar y social al que se expone continuamente el adulto mayor.

Los instrumentos de evaluación que se utilizaron en la investigación, fueron tres cuestionarios y una escala. Los cuestionarios fueron: i) ¿Tienes un Estilo de Vida Fantástico? (Wilson, Nielsen y Ciliska, 1984); ii) el cuestionario Mini Tamizaje de Nutrición en la Comunidad (OPS/OMS, 2004); iii) el Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ, 2005); y, la Escala de Estrés Psicosocial (Holmes y Rahe, 1967). Según Suverza (2010), el cuestionario: “¿Tienes un Estilo de Vida Fantástico?”, se utiliza para identificar y medir estilos de vida; es un instrumento de auto aplicación que explora los hábitos, los comportamientos y las conductas de las personas para identificar y medir los estilos de vida de personas adultas.

Para la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS, 2004), el cuestionario Mini Tamizaje de Nutrición en la Comunidad, que se encuentra en la Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores, es una herramienta de investigación que ha sido desarrollado y aprobado por ambas instituciones; por lo que es considerado de valioso apoyo para los profesionales en el contexto de la promoción de la salud alimentaria y para la prevención de las enfermedades. Se encuentra integrado con 28 preguntas agrupadas en diez áreas específicas: familia y amigos; asociatividad y actividad física; nutrición; tabaco; alcohol y otras drogas; sueño; trabajo y tipos de personalidad; introspección; control de salud y conducta sexual; y, otras conductas. Dicho cuestionario tiene como objetivo proporcionar los elementos conceptuales y metodológicos para conocer la situación alimenticia de los adultos mayores y detectar su riesgo nutricional, definiendo la conducta a seguir, según la situación nutricional identificada.

Por otro lado, Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ, 2005), es un cuestionario que fue utilizado para analizar la actividad y el grado de sedentarismo, mientras que, González de Rivera y Morera (1983), señalan que la Escala de Estrés Psicosocial es un instrumento de evaluación que sirve para identificar el nivel de estrés manifestado y evaluar estresantes acontecimientos vitales que pueden contribuir para la presencia de un trastorno psicológico. Dichos instrumentos permitieron realizar la

construcción, la complementación y la expresión en la proyección de su estilo de vida; además, con la interpretación respetuosa de las ideas personales de los compañeros se tuvo la oportunidad de saber cómo mejorar el estilo de vida. Como se ha mencionado anteriormente, la investigación se desarrolló en tres momentos metodológicos; en el primero se realizó la aplicación inicial de los instrumentos de evaluación con el propósito de conocer el estado de salud percibida en ese momento y se hizo la recolección de los datos que resultaron.

En el segundo momento metodológico y tomando en cuenta los resultados obtenidos en la aplicación inicial de los instrumentos, se diseñó un programa socioeducativo con el propósito de modificar las conductas de salud inadecuadas que se detectaron en la primera evaluación. Este programa educativo de intervención se diseñó tomando en cuenta el diagnóstico con el análisis de la realidad detectada reuniendo la información necesaria, obteniendo una foto de la realidad e identificando los problemas de salud y el momento de establecer los objetivos de enseñanza/aprendizaje/evaluación. El contenido del programa, se estructuró en base a los conocimientos científicos y las técnicas de la salud que han demostrado su eficacia; pero, además, con un lenguaje accesible al nivel cultural de los participantes. Finalmente, en el tercer momento metodológico, se aplicaron, por segunda vez, los instrumentos de evaluación y se realizó el análisis de la gestión; utilizando estrategias de contacto con la realidad como lo fueron el diálogo en la entrevista, la reflexión, la realización colectiva de los talleres, la expresión de las vivencias en el campo de trabajo y la observación participante. Igualmente, se aplicó un método longitudinal para observar el comportamiento de las variables en diferentes tiempos.

Resultados

Los resultados obtenidos son una consecuencia lógica de los tres momentos metodológicos mencionados, con el propósito de identificar, definir y justificar los cambios realizados en el comportamiento y las conductas saludables, utilizando las unidades de registro relacionadas con el objetivo de la investigación. La muestra se integró con 36 personas que se autoseleccionaron voluntariamente; y, de estos, terminaron la investigación diez participantes, comprobando que realizan un estilo de vida saludable. En un principio se observó una asistencia del 100%, pero fue disminuyendo porque algunos tuvieron problemas de salud que les impedía asistir, otros porque apoyaron con su presencia a resolver los problemas familiares; pero tal vez la razón principal fue el costo del pasaje para trasladarse al lugar de la reunión. De esta manera, el factor económico, la solidaridad familiar y la salud de las personas mayores son factores que pueden limitar su educación para la salud.

La variable estilo de vida fue evaluada con el cuestionario ¿Tienes un Estilo de Vida Fantástico?, obteniendo, en la primera evaluación, a una persona con un estilo de vida excelente, cinco con un buen estilo de vida y cuatro con un estilo de vida regular. Sin embargo, en la segunda evaluación mejoraron porque nueve personas presentaron un estilo de vida excelente y solo una manifestó un buen estilo de vida. Por lo que, la mejoría en el estilo de vida de los participantes fue que cuatro personas lograron mejorar su práctica de estilo de vida de regular a excelente; cuatro mejoraron de una evaluación buena a excelente; una que practicaba un buen estilo de vida conservó una buena práctica; y, una que ya tenía una práctica excelente, conservó la misma evaluación. De esta manera, el resultado final en la evaluación de esta variable fue que

nueve personas mejoraron su práctica de estilo de vida, obteniendo una evaluación de excelente y una conservó la práctica de un estilo de vida bueno; por lo que todos terminaron realizando un estilo de vida saludable y conveniente para su edad. Para evaluar la dieta en la alimentación/nutrición, se utilizó el cuestionario Mini Tamizaje de Nutrición en la Comunidad; en la primera evaluación cinco personas manifestaron riesgo alto en su nutrición, cuatro con un riesgo moderado y una persona practicaba una nutrición buena.

En la segunda evaluación mejoraron, ya que ocho participantes manifestaron una nutrición buena y solo dos presentaron riesgo moderado. La mejoría en la dieta fue que dos personas pudieron superar la evaluación de riesgo alto a riesgo moderado; tres pasaron de riesgo alto a una alimentación buena; cuatro de riesgo moderado a una alimentación buena; y, una persona se sostuvo con una evaluación buena en su nutrición. Finalmente, el resultado fue que nueve personas pudieron mejorar su práctica alimenticia sin riesgo para su salud y una persona sostuvo una práctica buena en su dieta; pero, además, todos terminaron practicando una nutrición saludable y conveniente para su edad.

Respecto al Cuestionario Internacional de Actividad Física, utilizado para evaluar la variable actividad/sedentarismo, se obtuvo que, para la primera evaluación, una persona calificó con una actividad física baja, siete con actividad moderada y dos con actividad alta. Sin embargo, en el resultado de la segunda evaluación mejoraron porque cuatro participantes manifestaron realizar una actividad física alta y seis con actividad física moderada. Al comparar las evaluaciones de la actividad física, una persona que nunca practicaba algún tipo de ejercicio físico consciente, pasó de un nivel bajo a un nivel moderado; cinco conservaron el nivel de actividad moderada aumentando el número de días; dos mejoraron de una práctica moderada a una práctica alta; y dos, con un nivel alto de actividad física, conservaron ese nivel. El resultado fue que, al término de la evaluación, todos los participantes lograron mejorar su nivel de actividad física porque se formaron el hábito de caminar treinta minutos diarios, de lunes a domingo. Finalmente, la variable de estrés psicosocial fue evaluada por la escala correspondiente, la cual se utilizó para conocer el nivel de estrés de los participantes; en la primera evaluación tres personas manifestaron un riesgo alto de estrés y siete con riesgo intermedio.

En la segunda evaluación se observó una mejoría porque los diez participantes presentaron un nivel de estrés solamente con riesgo intermedio. En la evaluación del estrés psicosocial/familiar se observó que tres participantes iniciaron con un nivel de estrés con alto riesgo en su salud mental, pero lograron superarlo a un nivel de riesgo intermedio y siete que en un principio presentaron una evaluación de estrés con riesgo intermedio, conservaron la misma evaluación. Como resultado, tres participantes mejoraron en su nivel de estrés, disminuyendo su nivel de riesgo de manifestar problemas psicológicos; pero además todos los participantes terminaron solamente con un nivel de riesgo intermedio. Dicha mejoría se logró por la práctica semanal de la técnica del relajamiento neuromuscular; pero podrán superar el riesgo intermedio manifestado cuando se formen el hábito de practicar dicha técnica de dos a tres veces por semana.

Como se puede observar, los resultados obtenidos en este trabajo demuestran que las personas adultas mayores, sí tienen la capacidad de realizar un estilo de vida saludable y que sí pueden lograr un envejecimiento sano; siempre y cuando tengan la

oportunidad de conocer y de adquirir los conocimientos necesarios para practicar conductas saludables.

Discusión y conclusiones

En base a los resultados obtenidos de la aplicación del programa, se determina que las diez personas que lograron terminar el programa educativo para la salud practican un estilo de vida saludable y adecuada a su edad. Este resultado fue posible porque se elaboraron dos proyectos de vida; un proyecto individual y un proyecto grupal. Para el proyecto de vida individual, se tomaron como punto de partida las evaluaciones que fueron obtenidas en la primera aplicación del cuestionario ¿Tienes un Estilo de Vida Fantástico?; y, como proyecto de vida individual saludable, los participantes se propusieron superar dichas evaluaciones. El proyecto de vida grupal, se elaboró de acuerdo a los conceptos científicos que los participantes percibieron y anotaron en el desarrollo del programa educativo. Al final de dichas intervenciones, el grupo propuso elaborar un resumen de lo que cada persona consideró importante llevar a la práctica y como grupo se comprometieron a cumplirlo. En el resultado de la gestión como proyecto de vida grupal se autonombraron a sí mismos como un grupo de autoayuda.

Igualmente, todos los participantes terminaron practicando una nutrición sin riesgo para su salud y conveniente para su edad. Este resultado fue posible porque la mayoría de los participantes fueron damas y por sus intervenciones en las reuniones se pudo percibir que estaban muy interesadas en conocer las características de una alimentación saludable; por lo que pudieron cambiar el concepto de la abundancia alimenticia por una calidad de la nutrición y comprender la diferencia entre alimentación y nutrición. Respecto a la actividad física, todos los participantes lograron mejorar su nivel de actividad física moderada y comprendieron que el ejercicio moderado es ideal para las personas adultas mayores. Para realizar una activación fisiológica sistematizada, se les propuso practicar los ejercicios estructurados de yoga, taichí, gimnasia psicofísica, chikung y la caminata consciente. Sin embargo, no se pudieron realizar los ejercicios de yoga por falta de instalaciones adecuadas para realizarlos, entre ellos, el espacio, regaderas para el baño, la compra de tapetes, etc.; pero una participante se inscribió y actualmente practica en un gimnasio de yoga.

Asimismo, las prácticas de taichí no se pudieron realizar porque no pudieron aprender la marcha, que es el primer ejercicio básico, debido a que los siguientes ejercicios son con el desplazamiento del cuerpo en un espacio determinado. Durante todo el desarrollo del programa, es decir, una vez a la semana durante ocho meses, se practicaron ejercicios de gimnasia psicofísica, de chikung y de la técnica de la caminata consciente; el propósito fue que se aprendieran estas técnicas y que durante todos los días de la semana se practicara alguno de estos ejercicios. El objetivo se logró ya que todos los participantes mejoraron su nivel de actividad física practicando un nivel de actividad moderada porque estructuraron de manera consciente el hábito de practicar diariamente, de lunes a domingo, la técnica de la caminata. De esta manera, el nivel de estrés también fue mejorando y disminuyendo el riesgo de manifestar problemas psicológicos. Esta mejoría se logró por todas las actividades realizadas con el propósito de mejorar la salud, principalmente por la práctica semanal de la técnica del relajamiento neuromuscular, pero podrán superar el riesgo intermedio manifestado cuando se formen el hábito de practicar dicha técnica de dos a tres veces por semana.

En conclusión, y como consecuencia de lo expuesto, se deduce que, a partir del concepto holístico de la salud que percibe al individuo como un todo, se acentúa la salud física, el equilibrio emocional y la salud mental del individuo, porque estas áreas de la naturaleza humana no se deben de percibir aisladamente. Y de acuerdo a esta visión eco sistémica, se deben de cuidar las funciones físicas, emocionales y mentales ya que un estado de bienestar psicológico aumenta la resistencia a las enfermedades de origen físico y conductual. El éxito en este trabajo se logró gracias a la aplicación de los conocimientos que fueron propuestos en el programa educativo diseñado; demostrando plenamente que el envejecimiento es un fenómeno interactivo, comprensivo, dinámico, adaptativo y sistémico. Además, con la aplicación de los conocimientos en la práctica diaria, se demuestra que el estilo de vida se recrea en la percepción/sensorial y que es un fenómeno multidimensional, cognitivo, volitivo, estético, pragmático y comunicativo. Por lo anterior, este trabajo de investigación será una aportación más para profundizar en la mejoría del estado de salud de la población envejecida en tiempos futuros.

Referencias

- Choque, L. R. (2005). *Comunicación y educación para la promoción de la salud*. Lima, Perú. Editorial Grupo Universitario.
- Díaz, J. L. (1983). El modelo de los estadios del cambio en la recuperación de las conductas adictivas. *Escritos de psicología*. 5, 21-35. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=208253>
- González de Rivera, J. L. y Morera, F. A. (1983). La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. *Psiquis* 4(1), 7-11. Retrieved from <https://www.psicoter.es/varios/la-valoracion-de-sucesos-vitales-adaptacion-espanola-de-la-escala-de-holmes-y-rahe>
- Holmes, T. H. & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- International Physical Activity Questionnaire (IPAQ). (2005). *Traducción de las guías para el procesamiento de datos y análisis del cuestionario internacional de actividad física*. Versiones corta y larga. Universidad de Granada. Junta de Andalucía. España.
- López, V. D. J. (2004). *Relaciones humanas y psicoterapia. Aproximación a las bases científicas y estudio prospectivos del método de prevención y tratamiento de proyecto hombre*. Sevilla, España: Editorial Egondy, S. L.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). *Promoción de la salud. Glosario*. Ginebra, Suiza. Editorial de la OMS.
- Organización Mundial de la Salud, (OMS). (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación*. Ginebra, Suiza: Editorial de la OMS.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, (OPS/OMS). (2004). *Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores*. Módulo 5. Valoración Nutricional del Adulto Mayor. Washington, D. C: Editorial de la OPS/OMS.
- Rubio, H. R., (2004). *Tratado de Gerontología*. Granada, España. Editorial Universitaria.
- Sartre, J. P. (1996). *Verdad y existencia*. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica, S. A.

- Suverza, F. A. (2010). *La educación para la salud como estrategia para la promoción de estilos de vida saludable para los alumnos de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México*. (Tesis de maestría inédita). Retrieved on 15 de octubre de 2017 <http://ri.ibero.mx/handle/ibero/1219/015267spdf?>. Universidad Iberoamericana. México.
- Vega, V. J. L. y Bueno, M. B. (2000). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Editorial Síntesis, S. A.
- Wilson, D. M. C., Nielsen, E., Ciliska, D. (1984). Lifestyle Assessment: Testing the FANTASTIC Instrument. *Can Fam. Physician*. 30, 1863–4.

Fecha de recepción: 06/02/2019

Fecha de revisión: 08/02/2019

Fecha de aceptación: 23/02/2019